

Minnesota Health Care Directive

ຄໍາສັ່ງການດູແລສຸຂະພາບຂອງມົນໂຊຕາ

- This document replaces any health care directive made before this one.
ເອກະສານນີ້ປ່ຽນແທນຄໍາສັ່ງການດູແລສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ອອກກ່ອນເອກະສານນີ້.
- This document is for health care decisions; it does not apply to financial decisions.
ເອກະສານນີ້ແມ່ນເພື່ອການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບ; ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕັດສິນໃຈທາງດ້ານການເງິນ.
- This document does not apply to electroconvulsive therapy or neuroleptic medications for mental illness.
ເອກະສານນີ້ບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ກັບການປິ່ນປົວດ້ວຍການຊັກນຳດ້ວຍໄຟຟ້າ ຫຼື ຢາຜ່ອນຄາຍປະສາດສຳລັບພະຍາດທາງຈິດ.
- I will give copies to my health care agents and health care teams when completed.
ຂ້າພະເຈົ້າຈະສົ່ງສຳເນົາໃຫ້ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ທີມງານດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເມື່ອສຳເລັດ.
- I will make a new health care directive if my agents, goals, preferences, or instructions change.
ຂ້າພະເຈົ້າຈະສ້າງຄໍາສັ່ງການດູແລສຸຂະພາບໃໝ່, ຖ້າຕົວແທນ, ເປົ້າໝາຍ, ຄວາມມັກ ຫຼື ຄໍາແນະນຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ.

My Full Name: _____ My Date of Birth: _____
ຊື່ເຕັມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

My Address: _____
ທີ່ຢູ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

My Phone Number(s): _____
ເບີໂທລະສັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

My Health Care Agent(s)

ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

My health care agent is my voice if I can't make health care decisions myself. My agent(s) are at least 18 years old.
ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນສຽງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງໄດ້. ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີ.

Health Care Agent

ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບ

Name: _____ Relationship To Me: _____
ຊື່ ຄວາມສຳພັນກັບຂ້າພະເຈົ້າ

Address: _____
ທີ່ຢູ່

Cell #: _____ Home #: _____
ເບີໂທລະສັບມືຖື ເບີໂທລະສັບບ້ານ

First Alternate Health Care Agent — If my health care agent is not willing, able, or reasonably available.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງເລືອກອັນດັບໜຶ່ງ — ຖ້າຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຕັມໃຈ, ບໍ່ສາມາດ ຫຼື ບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຢ່າງສົມເຫດສົມຜົນ.

Name: _____ Relationship To Me: _____
ຊື່ ຄວາມສຳພັນກັບຂ້າພະເຈົ້າ

Address: _____
ທີ່ຢູ່

Cell #: _____ Home #: _____
ເບີໂທລະສັບມືຖື ເບີໂທລະສັບບ້ານ

Minnesota Health Care Directive

ຄໍາສັ່ງການດູແລສຸຂະພາບຂອງມື້ນີ້ໃຊ້ຕາ

FULL NAME / ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ):	Date / ວັນທີ:
-------------------------------	--	---------------

Second Alternate Health Care Agent — If my health care agent is not willing, able, or reasonably available.
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງເລືອກອັນດັບສອງ — ຖ້າຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຕັມໃຈ, ບໍ່ສາມາດ ຫຼື ບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຢ່າງສົມເຫດສົມຜົນ.

Name: _____ ຊື່	Relationship To Me: _____ ຄວາມສຳພັນກັບຂ້າພະເຈົ້າ
Address: _____ ທີ່ຢູ່	
Cell #: _____ ເບີໂທລະສັບມືຖື	Home #: _____ ເບີໂທລະສັບບ້ານ

☐ My initials here indicate I attached additional pages that identify additional health care agents. I included instructions on order of health care agents decision making.
ຂໍ້ມູນເບື້ອງຕົ້ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ທີ່ນີ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມທີ່ລະບຸຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມ.
ຂ້າພະເຈົ້າຍັງໄດ້ລວມເອົາຄໍາແນະນຳຕາມລຳດັບການຕັດສິນໃຈສໍາລັບຜູ້ຕາງໜ້າການດູແລສຸຂະພາບ.

Health Care Agents: Powers and Special Situations
ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບ: ອຳນາດ ແລະ ສະຖານະການພິເສດ

If I'm not able to make my own health care decisions, my health care agent can: access my medical records, decide when to start and stop treatments, and choose my health care team and place of care consistent with my known wishes.
ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ, ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດ: ເຂົ້າເຖິງບັນທຶກທາງການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຕັດສິນໃຈວ່າຈະເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ຢຸດການປິ່ນປົວເມື່ອໃດ ແລະ ເລືອກທີມງານດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ສະຖານທີ່ດູແລໂດຍອີງໃສ່ຄວາມບາດຖະໜາທີ່ຮູ້ຈັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

I also want my health care agent to:
ຂ້າພະເຈົ້າຍາກໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຮັດເຊັ່ນດຽວກັນ:

- ☐ Make decisions about how a pregnancy, if any, should affect health care decisions on my behalf.
ຕັດສິນໃຈວ່າການຖືພາ, ຖ້າມີ, ຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າແນວໃດໂດຍຕັດສິນໃຈໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ☐ Make decisions about the care of my body after I die (including: autopsy, burial, cremation).
ຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລລາກສິບຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫຼັງຈາກທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເສຍຊີວິດ (ລວມທັງການຊົນນະສູດສິບ, ການຜັງສິບ, ການລາປະນາກິດສິບ).
- ☐ Continue as my Health Care Agent even if our marriage has legally ended.
ສືບຕໍ່ເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເຖິງແມ່ນວ່າການແຕ່ງງານຂອງພວກເຮົາໄດ້ສິ້ນສຸດລົງຕາມກົດໝາຍ.

(Per MN law, spouses named as health care agents are NO LONGER VALID in the event of divorce/annulment unless this box is checked)
(ອີງຕາມກົດໝາຍມື້ນີ້ໃຊ້ຕາ, ຄູ່ສົມລົດທີ່ມີຊື່ເປັນຕົວແທນດ້ານການດູແລສຸຂະພາບແມ່ນບໍ່ມີອິດທິພົນໃນກໍລະນີການຢ່າຮ້າງ/ການຍົກເລີກການແຕ່ງງານ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຫ້ອງນີ້ຖືກໝາຍໄວ້)

FULL NAME / ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ):	Date / ວັນທີ:
-------------------------------	--	---------------

My Future Care Preferences

ຄວາມມັກການດູແລໃນອະນາຄົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

If I were so sick that I may die soon (due to: a prolonged illness, a sudden serious event like heart attack or stroke, a permanent brain injury due to an accident, etc.) then I would prefer:

ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະລົບປ່ວຍຫຼາຍທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະເສຍຊີວິດໃນໄລຍະນີ້ (ເນື່ອງມາຈາກ: ພະຍາດຊຳເຮື້ອ, ເຫດການສໍາຄັນຢ່າງກະທັນຫັນເຊັ່ນ: ຫົວໃຈວາຍ ຫຼື ເສັ້ນເລືອດຕົນໃນສະໝອງ, ການບາດເຈັບຂອງສະໝອງຖາວອນເນື່ອງຈາກອຸປະຕິເຫດ, ອື່ນໆ). ຈາກນັ້ນຂ້າພະເຈົ້າເລືອກທີ່ຈະ:

- ☐ **Try and/or continue all treatments to extend my life**, even if there is little hope of getting better or living a life I value. May include but not limited to: tube feedings, IV fluids, respirator/ventilator (breathing machine), CPR and antibiotics (medicine).
ລອງ ແລະ/ຫຼື ສືບຕໍ່ການປິ່ນປົວທັງໝົດເພື່ອຍືດອາຍຸຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເຖິງແມ່ນວ່າຈະມີຄວາມຫວັງພຽງເລັກນ້ອຍທີ່ຈະດີຂຶ້ນ ຫຼື ດຳລົງຊີວິດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຄ່າ. ອາດຈະປະກອບມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ: ການໃຫ້ອາຫານດ້ວຍທ່, ການໃສ່ນໍ້າທາງເສັ້ນເລືອດ, ເຄື່ອງຊ່ວຍຫາຍໃຈ/ເຄື່ອງຊ່ວຍລະບາຍ (ເຄື່ອງຈັກຊ່ວຍຫາຍໃຈ), ການຊ່ວຍຊີວິດຂັ້ນພື້ນຖານ (CPR) ແລະ ຢາຕ້ານເຊື້ອ (ຢາ).
- ☐ **I would want a trial of life support treatments.** But, I **DO NOT** want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການທົດລອງການປິ່ນປົວເພື່ອຊ່ວຍຊີວິດ. ແຕ່, ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ ຕ້ອງການທີ່ຈະສືບຕໍ່ການປິ່ນປົວຊ່ວຍຊີວິດ, ຖ້າການປິ່ນປົວບໍ່ໄດ້ຜົນ ແລະ ມີຄວາມຫວັງພຽງເລັກນ້ອຍທີ່ຈະດີຂຶ້ນ ຫຼື ດຳລົງຊີວິດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຄ່າ.
- ☐ **I would want to stop and/or not start any treatment that may artificially extend my life.** Focus on making me comfortable and allow natural death.
ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢຸດ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ເລີ່ມການປິ່ນປົວໃດໆທີ່ອາດຈະຕໍ່ຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບບມີອາຍຸທຽມ. ເນັ້ນໃສ່ການເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າສະບາຍ ແລະ ປ່ອຍໃຫ້ເສຍຊີວິດຕາມທຳມະຊາດ.

NOTE: You can include additional information/specific requests on the "My Goals & Values" sheet.
ໝາຍເຫດ: ທ່ານສາມາດລວມເອົາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ/ການຮ້ອງຂໍສະເພາະໃນໃບ "ເປົ້າໝາຍ ແລະ ຄຸນຄ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ" ໄດ້.

Organ Donation

ການບໍລິຈາກອະໄວຍະວະ

- ☐ **I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if I can.** My health care agent may start and continue any treatments needed until the donation is complete.
ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການບໍລິຈາກຕາ, ເນື້ອເຍື່ອ ແລະ/ຫຼື ອະໄວຍະວະຕ່າງໆ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຮັດໄດ້. ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕົ້ນ ແລະ ສືບຕໍ່ການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນຈົນກວ່າການບໍລິຈາກຈະສຳເລັດ.
- ☐ **I don't want to donate my eyes, tissues and/or organs.**
ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການບໍລິຈາກຕາ, ເນື້ອເຍື່ອ ແລະ/ຫຼື ອະໄວຍະວະຕ່າງໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

Minnesota Health Care Directive

ຄໍາສັ່ງການດູແລສຸຂະພາບຂອງມື້ນີ້ໂຊຕາ

FULL NAME / ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ:

DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)
ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ):

Date / ວັນທີ:

Making This Document Legal

ການເຮັດໃຫ້ເອກະສານນີ້ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ

1. Sign and date: My Signature:

ເຊັນ ແລະ ວົງວັນທີ:
ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

Date Signed: _____
ວັນທີເຊັນ

2. Have your signature notarized OR verified by 2 witnesses

ໃຫ້ລາຍເຊັນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນທະບຽນສານ ຫຼື ຢັ້ງຢືນໂດຍພະຍານ 2 ຄົນ

MINNESOTA NOTARY PUBLIC:

ຫ້ອງການທະບຽນສານມື້ນີ້ໂຊຕາ:

County: _____ In my presence on: _____
ຄາວຕີ້ ບ່ອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາໄສຢູ່ Date notarized / ວັນທີລົງທະບຽນສານ

Name: _____ acknowledged their signature on this document.
ຊື່ Name of person signing above / ຊື່ຂອງຜູ້ລົງລາຍເຊັນຂ້າງເທິງ ຮັບຮູ້ລາຍເຊັນຂອງພວກເຂົາໃນເອກະສານນີ້.

Signature of Notary: _____

ລາຍເຊັນຂອງທະບຽນສານ

*I am not named as a healthcare agent in this document.
ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຖືກສະເໜີຊື່ໄວ້ເປັນຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ໃນເອກະສານນີ້.*

NOTARY SEAL:

ປະທັບຕາທະບຽນສານ:

OR / ຫຼື

STATEMENT OF WITNESSES: I am at least 18 years old. I am **not** named as a health care agent in this document. Only one witness can be an employee of the health care system providing direct care to me on the date that I sign this document.

ຄໍາຖະແຫຼງຂອງພະຍານ: ຂ້າພະເຈົ້າມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີ. ຂ້າພະເຈົ້າ **ບໍ່** ຖືກສະເໜີຊື່ວ່າເປັນຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ໃນເອກະສານນີ້. ພະຍານຄົນດຽວອາດຈະເປັນພະນັກງານຂອງລະບົບການດູແລສຸຂະພາບທີ່ໃຫ້ການດູແລໂດຍກົງກັບຂ້າພະເຈົ້າໃນວັນທີຂ້າພະເຈົ້າລົງລາຍເຊັນໃນເອກະສານນີ້.

Witness # 1 Signature: _____ Witness # 2 Signature: _____

ພະຍານທີ 1 ລາຍເຊັນ

ພະຍານທີ 2 ລາຍເຊັນ

Date Signed: _____ Date Signed: _____

ວັນທີລົງລາຍເຊັນ

ວັນທີລົງລາຍເຊັນ

Print Name: _____ Print Name: _____

ຊື່ແຈ້ງ

ຊື່ແຈ້ງ

My Goals and Values

ເປົ້າໝາຍ ແລະ ຄຸນຄ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

Optional Addendum to Minnesota Health Care Directive

ເອກະສານຊີ້ນຳເພີ່ມເຕີມທາງເລືອກຕໍ່ກັບຄໍາສັ່ງການດູແລສຸຂະພາບຂອງມື້ນີ້ໃຊ້ຕາ

FULL NAME / ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ):	Date / ວັນທີ:
-------------------------------	--	---------------

Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Some people fear that medical treatments may cause suffering without much benefit. What would you want? These answers will be used to guide your health care agent(s) to make health care decisions based on your wishes if you cannot make them yourself.

ບາງຄົນເຕັມໃຈທີ່ຈະມີຊີວິດຢູ່ດົນນານສໍາລັບໂອກາດທີ່ຈະມີຊີວິດຢູ່ໄດ້ດົນຂຶ້ນ. ບາງຄົນຢ້ານວ່າການປິ່ນປົວທາງການແພດອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມທຸກທໍລະມານໂດຍບໍ່ມີຜົນປະໂຫຍດຫຼາຍ. ທ່ານຕ້ອງການຫຍັງ? ຄໍາຕອບເຫຼົ່ານີ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອເປັນຄໍາແນະນໍາໃຫ້ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃນການຕັດສິນໃຈການດູແລສຸຂະພາບໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ວຍຕົນເອງໄດ້.

The things that make life worth living the most to me are:

ສິ່ງທີ່ເຮັດໃຫ້ຊີວິດມີຄ່າທີ່ສຸດໃນການດໍາລົງຊີວິດສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ:

My beliefs about when life would be no longer worth living:

ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບເວລາທີ່ຊີວິດຈະບໍ່ຄຸ້ມຄ່າໃນການດໍາລົງຊີວິດອີກຕໍ່ໄປ:

Other choices/instructions:

ທາງເລືອກອື່ນ/ຄໍາແນະນໍາ:

My idea of a good death and where I would want to be (at home, in the hospital, or ?):

ຄວາມຄິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບການເສຍຊີວິດທີ່ດີ ແລະ ບ່ອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໄປ (ເຮືອນ, ໂຮງໝໍ ຫຼື ?):

When I am dying, I would find comfort and support from:

ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຈະເສຍຊີວິດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະພົບຄວາມສະບາຍ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ:

After I die, these are my wishes about what to do with my body (autopsy, burial/cremation) and how I wish to be remembered (obituary, funeral, celebration, memorial service, etc):

ຫຼັງຈາກຂ້າພະເຈົ້າເສຍຊີວິດ, ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບາດຖະໜາຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຈະເຮັດກ່ຽວກັບຊາກສົບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ການຊັ້ນນະສູດສົບ, ການຝັງສົບ/ການຊາປະນາກິດສົບ) ແລະ ວິທີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຈື່ຈໍາ (ວົງໂຄຈອນ, ງານສົບ, ການສະຫຼອງ, ການລະນຶກເຖິງ, ອື່ນໆ):